

# EL POLITRAUMATIZADO GRAVE

## (Segunda parte)

### Discusión

Dr. CHIFFLET.— Han llegado una serie de preguntas a la Mesa que vamos a poner a disposición de los ponentes... Una pregunta para el doctor Hughes: conducta a seguir cuando en una laparotomía exploradora se encuentra un hematoma retroperitoneal sin haberse sospechado la lesión antes de la operación.

Dr. HUGHES.— Esta es una situación bastante frecuente, nosotros pensamos que es una situación que debe producirse cada vez menos; lo repetimos en el trabajo e insistimos en ese aspecto, en la necesidad de que toda laparotomía efectuada por un síndrome hemorrágico debe ser precedida por una urografía de excreción como maniobra previa. Nos parece que ese es un elemento fundamental, que no complica ninguna situación, que no acarrea pérdida de tiempo y que libera al cirujano de problemas de responsabilidad sumamente serios. Se supone que el cirujano busca en el abdomen la causa que justifica la gravedad del paciente y entonces el hematoma retroperitoneal plantea un problema muy serio; yo, naturalmente, me voy a referir al hematoma retroperitoneal provocado por una injuria renal; yo no he visto ni he tenido que actuar en hematomas retroperitoneales provocados por lesiones de los grandes vasos.

En una ocasión con el Dr. Chifflet tuvimos dudas por la magnitud del hematoma y se pudo precisar que era un hematoma causado por una ruptura renal y en esa situación es en la que puedo opinar.

En primer lugar, si la vida del paciente depende o se supone que puede depender del hematoma retroperitoneal, es decir, de la hemorragia que se ha producido en el riñón, lo primero que hay que concretar es ver si se puede obtener algún dato referente a la existencia del otro riñón, porque la penetración en el espacio retroperitoneal para cohibir una hemorragia, implica en la mayor parte de las situaciones la necesidad de la nefrectomía y la nefrectomía se ha realizado en todos los países, en todos los hospitales de importancia y aun en nuestro país, frente a situaciones de riñones únicos; de manera que no es una cuestión teórica, es una cuestión que se observa con frecuencia y a la que hay que estar preparado porque, naturalmente, deja al cirujano en una situación especialísima al provocar indiscutiblemente la muerte del enfermo. Lo primero a plantear es la palpación del otro riñón, difícil en general, pero no imposible; el aspecto morfológico normal del otro riñón es un dato

importante y naturalmente tranquiliza en cierto aspecto, pero no suministra informes terminantes en cuanto a la funcionalidad útil de ese riñón y entonces nosotros hemos insistido de la necesidad en esos casos y la posibilidad de realizar una urografía de excreción en la mesa de operaciones, procedimiento simple que no pretende obtener una morfología determinada y útil para saber la actitud a tomar, sino únicamente para coneretar sobre la posibilidad de existencia de un riñón funcionante del lado opuesto. Si no se puede hacer en esas condiciones y la situación no es dramática, nosotros pensamos que la entrada al retroperitoneo es una actitud que debe meditarse y, repetimos, que si la situación no es dramática, es preferible cerrar la laparotomía, mantener las medidas de recuperación y colocar al enfermo en condiciones de efectuar un segundo abordaje por la vía más adecuada, en un segundo tiempo. Si la situación es dramática y la vida del paciente depende de la corrección y de la hemostasis, en esa situación nosotros pensamos que el cirujano puede penetrar en el espacio retroperitoneal porque las posibilidades de que se trate de un riñón único (de acuerdo a las estadísticas) es de 1 cada 600 casos solamente y es naturalmente muy mala suerte que le vaya a tocar intervenir en esa circunstancia. Aun así, el cirujano debe estar con una conducta mental especial para realizar actitudes conservadoras. Pero si la vida depende de esa actitud, nosotros pensamos que debe entrarse en retroperitoneo y es probable que la entrada al retroperitoneo tenga que ser seguida por una nefrectomía, única manera de hacer la hemostasis, sobre todo cuando la vía de abordaje no es la adecuada.

Dr. CHIFFLET.—Dr. Fossati, una pregunta del Dr. Bortagaray: ¿cómo se conserva la piel en la heladera y por cuánto tiempo?

Dr. FOSSATI.—Para conservar piel en la heladera, lo primero que hay que tener en cuenta es que hay que tomar injertos finos, esos injertos se colocan sobre tull grass, como siempre con la cara cruenta hacia arriba, hacia afuera. Se arrollan sobre sí mismos de manera que quede cara cruenta con cara cruenta para conservar la humedad al máximo posible. Luego se arrollan sobre sí mismos, a su vez se envuelven en una gasa empapada en suero fisiológico y se colocan en un frasco de boca ancha que puede ser de los frascos de plasma, donde a su vez se puede colocar en el fondo una gasa empapada en suero fisiológico, se cierra con tapón y se le da hermeticidad con leucoplasto, por ejemplo, o con alguna cosa mejor si es posible. En esas condiciones se puede conservar la piel hasta tres semanas, pudiendo aplicarse en los enfermos que tienen lechos cruentos en condiciones idénticas a las que se necesitan para recibir un autoinjerto, prender y permanecer aproximadamente otras tres semanas prendidos para luego eliminarse por lisis, es decir, son homoinjertos que se conservan en la heladera a 4°, donde se guarda la sangre o los alimentos, no en la zona del congelador, en un medio húmedo, en frasco hermético bien rotulado, para ser empleados dentro de las tres semanas.

Dr. CHIFFLET. Para el Dr. Guglielmo, ¿considera que está completamente contraindicada la prótesis metálica en las fracturas? Seguramente se refiere al politraumatizado grave y al tratamiento de urgencia.

Dr. GUGLIELMO.—Yo ya me referí a las fracturas expuestas y condené con vehemencia las prótesis metálicas, incluso quizá exagerando un poco, hasta los hilos irreabsorbibles, solamente los hilos de Kisser colocados a través de los cabos óseos subcutáneos para dejarlos en condiciones de poderlos extraer a los ocho o diez días. Seguramente al referirse al uso de las prótesis, se refiere a los tratamientos de fracturas en los huesos largos, que a menudo se plantean problemas cuando se trata de múltiples fracturas, sobre todo de ambos fémures o fémur y húmero. Como dije, en las fracturas expuestas no se debe utilizar jamás; salvo en ese caso y en el otro en el cual hay lesiones arteriales que son tratadas por el cirujano especialista y es necesario inmovilizar el segmento óseo, se puede utilizar cualquier tipo de prótesis metálica. En las fracturas cerradas está indicado el uso de prótesis metálica, la prótesis que utilizamos habitualmente es el clavo de Kuntcher; el clavo intramedular, si bien está indicado, lo importante es la oportunidad para realizarlo, no se debe colocar aunque esté indicado, no se debe colocar de urgencia, las indicaciones son fundamentalmente cuando hay dos, tres o más fracturas de huesos largos, sobre todo ambos fémures o fémur y húmero o cuando es necesario intervenir por una lesión de tórax. En este caso es necesario inmovilizar el húmero, o en abdomen o pelvis y es necesario inmovilizar con una prótesis el fémur; si está indicada la intervención, se podría decir, en el mismo acto quirúrgico se coloca la prótesis metálica intramedular; sin embargo, no se debe realizar si se trata del primer caso, es decir, fracturas de miembros solamente. No está indicado de urgencia porque se agrega un nuevo traumatismo, aún no ha entrado seguramente el paciente en equilibrio humoral y agregamos entonces una nueva agresión, por eso no está indicada y, segundo, porque un fracturado de huesos largos seguramente (nosotros no tenemos mayor experiencia, pero en otros países sí) hace embolias grasosas, como dije, y al colocar un Kuntcher, las embolias grasosas las multiplicamos: eso sí, está demostrado que cuando se coloca un Kuntcher intramedular, las embolias pulmonares grasosas son un hecho frecuente y eso tiene una expresión clínica y una expresión de laboratorio, de manera que se puede hacer el diagnóstico perfectamente de embolias grasosas de manera que por no agregar una nueva agresión y segundo para no aumentar las embolias grasosas, no se debe colocar de urgencia en las fracturas de miembros un Kuntcher. Ustedes podrían plantearse y decir, pero no es la única prótesis que se utiliza el procedimiento de Kuntcher enclavado intramedular; sí señor, hay otros procedimientos, esos procedimientos que actualmente se están usando bastante, preconizados por Miller, que utiliza placas metálicas ya conocidas y utilizadas desde mucho tiempo atrás y abandonadas posteriormente, se vuelven a utilizar nuevamente con el agregado de otro elemento que facilita la consolidación de la fractura que es la compresión. Estos procedimientos en muchas partes del mundo se están utilizando y nosotros tenemos poca experiencia; creo que a muy breve

plazo utilizaremos la inmovilización de esas fracturas no utilizando el Kuntcher, sino esas prótesis metálicas con compresión tipo Miller.

Dr. CHIFFLET.—Dr. Suiffet, una pregunta del Dr. Priario: ¿cuáles son, a juicio de la Mesa, las maniobras fundamentales para reconocer una lesión duodenopancreática en el campo operatorio?

Dr. SUIFFET.—La pregunta es muy acertada porque en el momento actual, cada vez existen más comunicaciones en la literatura y más casos observados en nuestro medio de lesiones duodenopancreáticas, algunas de las cuales han pasado desaperebidas en una exploración operatoria inicial o han sido reconocidas después en el curso de la necropsia. Hay dos situaciones distintas en que se plantea este problema: primero, cuando en el abordaje de la cavidad abdominal no se encuentra ningún elemento anormal evidente, es decir, que no hay gas, líquido de ninguna naturaleza o sangre y hay que hacer una exploración exhaustiva. Los elementos de juicio que pueden guiar hacia la lesión duodenopancreática es la infiltración biliar del pedículo hepático que es francamente visible o la infiltración biliohemática de la zona periduodenopancreática y, desde luego, cuando las lesiones están más evolucionadas, la presencia de lesiones que hablan de necrosis. En esos casos es fundamental la exploración en el sector duodenopancreático a la más mínima duda y hay sectores que son fácilmente explorables. En el sector duodenal, lo que corresponde al bulbo y a la parte supramesocólica de duodeno dudoso y lo que corresponde a la zona del cuerpo pancreático a través de una entrada quirúrgica, cualquiera que sea el método que se utilice, en la retrocavidad a los epiplones, pero el problema es mucho más difícil cuando las lesiones asientan en el duodeno dos, en la parte inframesocólica o infravateriana; en el duodeno tres, sobre todo a la derecha de la arteria mesentérica superior, en ese caso es necesario recurrir a maniobras quirúrgicas evitando que sean gravosas para el duodenopáncreas, porque éste puede estar indemne de lesión y ser traumatizado, sobre todo el páncreas. En el curso de las maniobras exploradoras es necesario realizar la desinserción del mesenterio con la maniobra de Mérola y en caso de necesidad, cuando hay una infiltración biliar o hemática periduodenopancreática, decolar toda el asa cólica derecha, de tal manera que queda completamente móvil lo que corresponde al sector derecho de la arteria mesentérica superior, en esa forma el cirujano tiene a la vista todo el cuerpo del páncreas y todo el duodeno.

La segunda situación, y que está detallada en el curso de lo que hemos escrito, es cuando el paciente se interviene y se comprueba que existe una lesión perfectamente reconocible, hay hemorragia, se pesquisa su causa. se trata, lo más frecuente lesiones hepatoesplénicas o separadas • asociadas. Ahí puede pasar desaperebida la lesión duodenopancreática, sobre todo cuando hay lesiones graves que fijen una acción quirúrgica inmediata. Es fundamental, y nosotros insistimos en el relato, de que la exploración operatoria no debe limitarse a la solución de las lesiones evidentes, sino que hay que hacer una pesquisa completa de todo el abdomen e incluidos los sectores más

dificiles. sectores acolados primitivamente o secundariamente del colon y el sector duodenopancreático, para estar seguro de que no pasan desapercibidas las lesiones de este tipo.

Dr. CHIFFLET.—Dr. Hughes, una pregunta del Dr. Bermúdez. A título de información o sugerencia preguntó: dadas las dificultades de reparación de las lesiones traumáticas graves de la uretra y sus secuelas, ¿cabe la posibilidad de utilizar plastia con venas?

Dr. HUGHES.—El problema de las reparaciones de la uretra es uno de los problemas más complejos de la especialidad y más ingrato, y se han hecho todos los intentos posibles para buscarle una solución adecuada. Con vena se hicieron intentos en repetidas oportunidades y de vez en cuando aparece en la literatura algún caso exitoso; no ha entrado en la práctica corriente y nosotros no tenemos experiencia. Couvelaire publica algunos casos de plastias con arterias, homotransplante arterial y nosotros hemos visto un caso suyo operado, que marchó bien; nosotros, personalmente, no tenemos experiencia y pensamos que la plastia con vasos frente a las lesiones importantes de la uretra no ha entrado todavía en la práctica, lo que traduce su fracaso general.

Dr. CHIFFLET.—Dr. Fossati, la pregunta dice: conducta frente a una herida de la cara que llega a un servicio de guardia, ya sea, por ejemplo, a medianoche o bien, asociada a un trastorno o a una afección seria que exige un tratamiento inicial importante.

Dr. FOSSATI.—Ya dijimos hoy, mostrando alguna herida, que no existe una urgencia inmediata en la solución de una herida de la cara; de ninguna manera debe ser hecha en forma apresurada, sin instrumental suficiente en primer lugar, sin conocimientos suficientes, sin sala de operaciones suficiente, sin tener todas las condiciones para que esa sutura sea lo más perfecta posible; si no se puede hacer perfecta, se puede hacer algo tan perfecto como eso, que es no hacerle nada; nada, excepto lavar bien la herida de manera de que se puedan retirar todos los cuerpos extraños; si existe alguna posibilidad de limpieza quirúrgica, se puede hacer, pero en general es mejor que el que las haga de urgencia, no haga nada más que lavarla y luego la cubra con apósitos estériles, sin colocar ningún antibiótico local ni ninguna substancia. Hoy día, insisto, existe un leucoplasto o, mejor dicho, una cinta adhesiva porosa de celulosa, excelente, que está entrando en el mercado, que permite aproximar los bordes, pero quiero llamar la atención sobre esto: permite aproximar los bordes hasta que se haga una cirugía correcta de limpieza quirúrgica, de sutura por planos, etc. No es la solución definitiva como la propaganda pretende hacerlo, no se puede lograr jamás con una cinta adhesiva una unión tan perfecta como la que se logra con una cirugía atraumática perfecta. Ahora, y esto también tiene su importancia, el hecho de usar un apósito estéril o de usar una cinta adhesiva, da un margen de tiempo (24, 48, 72 horas); debe pasarse ya a un tratamiento definitivo completo. La hemostasia, otro punto

importante; la hemostasia espontánea es mucho más frecuente de lo que se dice habitualmente, no hay que apurarse en colocar pinzas y mucho menos ligaduras y catgut en lo profundo de las heridas y nunca tomando con pinza, groseramente, una masa grande de tejidos; la hemostasis espontánea se hace casi en todas las heridas, siempre que no hubiera un grueso tronco arterial; creo que con estos conceptos se puede saber qué hay que hacer en una herida de cara que debe esperar.

Dr. CHIFFLET. Dr. Suiffet, ¿qué experiencia hay con el uso diagnóstico de la punción abdominal en el politraumatizado grave?

Dr. SUIFFET. Nosotros le habíamos sugerido al Sr. Coordinador, solicitarle al Dr. Perdomo (consideramos que es la persona que tiene más experiencia en nuestro medio sobre este procedimiento) para que él pudiera contestar esta pregunta, pero a pesar de que esta mañana en los temas libres fue presentado, algunos de los que están en sala pudieran no haber estado presentes en la comunicación del Dr. Perdomo y el Dr. Filgueira.

Dr. PERDOMO. Nosotros hemos tenido la oportunidad (ya desde hace una serie de años) de tratar o de diagnosticar cuadros abdominales con el uso del método de la punción abdominal: hemos usado este método en distintas circunstancias y debemos decir de entrada, que en todos los casos hemos obtenido una amplia satisfacción, al punto tal, que en el momento actual consideramos que no hemos tenido ningún caso en que existiera una punción de las llamadas falsas positivas, es decir, aquellas que dan un resultado que engaña al cirujano. Hemos tenido algún falso negativo ya registrado en todas las estadísticas y en cuanto al problema especial que se trata hoy, que es el uso de la punción abdominal para el diagnóstico de las complicaciones peritoneales en los politraumatizados graves; naturalmente la experiencia nuestra está restringida, aunque tenemos una mayor experiencia en la contusión abdominal simple. Desde luego, consideramos que en estos politraumatizados graves la situación es de aquellas que requieren un método de diagnóstico seguro, rápido, al alcance del cirujano y que le dé plena seguridad cuando es positiva, y nosotros consideramos que la punción abdominal lo es, al punto que el cirujano tenga la preocupación de tomarse su tiempo y hacer las maniobras necesarias que son muy simples. Nosotros, recopilando nuestros casos, pudimos traer y comunicar a este Congreso ocho observaciones de estas circunstancias. Entendemos lo siguiente, para resumir los conceptos que tenemos a propósito de este punto: que en materia de contusión abdominal y sobre todo en el politraumatizado, las condiciones del paciente, la vida misma del paciente se juega en dos parámetros fundamentales: uno, la reanimación, de la cual se ha insistido mucho; y el otro, el diagnóstico precoz. Esos son los elementos que en nuestra experiencia han sido fundamentales, que han servido para salvar algunas vidas que aparecían, en su momento, prácticamente muy difíciles de salvar; en esas dos medidas creemos que la punción abdominal agrega un elemento fundamental que debe ser utilizado por el cirujano. Debemos decir

más, nosotros no hemos tenido hasta el presente ninguna complicación y de la literatura que hemos consultado no surge tampoco que las complicaciones existan y mucho menos en las circunstancias del traumatizado, que está prácticamente en la condición de cualquier persona normal que recibe un traumatismo y donde no existe el peligro que hay en otras circunstancias en la patología del abdomen, donde puede haber alguna víscera distendida y donde una punción puede, en su momento, lesionar un órgano que está en condiciones precarias. De modo, pues, que consideramos que en el politraumatizado grave y en el politraumatizado (sobre todo como nos ha tocado vivir) que viene en medio de una circunstancia de catástrofe donde se desbordan todos los elementos de diagnóstico de otro tipo, la punción abdominal tiene en manos del cirujano, un método sencillo, con una simple aguja, y con una aguja fina y con una jeringa, la oportunidad de dar un diagnóstico seguro, positivo y rápido, de manera, pues, que lo aconsejamos con toda sinceridad.

Nosotros nos vamos a referir respecto a la punción abdominal, a una situación de extrema practicidad; en la exposición la hemos colocado después del examen clínico, del examen del laboratorio, del estudio radiológico, pero si nos colocamos en la situación donde no sea posible obtener un estudio radiológico con un portátil en sala de operaciones o en sala de recuperación de enfermos graves, donde el laboratorio no esté fácilmente al alcance del cirujano, la punción abdominal cobra un valor muy importante como método de diagnóstico. Creemos que tiene su valor en el estudio de estos pacientes, unido a todo lo demás; pero cuando no existen otros medios, es muy sencilla realizarla, obtener datos que son útiles y que pueden hacer un diagnóstico en una forma rápida y decisiva.

Dr. CHIFFLET.— Una pregunta para el Dr. Hughes: ¿la urografía intra venosa presenta riesgos en el enfermo traumatizado grave?

Dr. HUGHES.— Nosotros no hemos visto nunca un accidente mortal por urografía escretora, la utilizamos ampliamente desde que hizo su aparición en el año 1929; solamente en alguna oportunidad hemos tenido algún accidente no grave de tipo alérgico, por iodo, generalmente, transitorio, de manera que en la práctica, pensamos que no tiene, desde ese punto de vista, ningún inconveniente. En cuanto a su utilización en el traumatizado grave por la posibilidad de un fallo renal agudo que pueda producirse, tampoco le tememos y la hemos realizado aun con insuficiencias renales de todo tipo, y que para que se tenga una idea de la importancia que tiene la poca agresividad del producto en la urografía de excreción, vamos a decir que ni aun en la angiografía selectiva, donde por vía arterial se inyecta directamente medio de contraste en el parénquima, exigen lesiones importantes del parénquima renal. Imagínense ustedes qué importancia y qué agresividad pueda tener un producto que se inyecta por vía endovenosa y que es diluido en el torrente circulatorio corriente; de manera que contestamos categóricamente, que no tiene ningún inconveniente de acuerdo a nuestra experiencia y de acuerdo a investigaciones experimentales realizadas con la agresividad del producto suministrado por vía endoarterial directamente.

En cuanto a la segunda pregunta, la urografía preoperatoria, ya hemos hecho alguna consideración al respecto y consideramos que es realizable y que puede solucionar gran parte de los problemas, sobre todo en enfermos colocados en posición de laparatomía, donde la realización de una placa que no pretenda más que buscar la presencia del riñón opuesto, no implica ningún inconveniente ni pérdida de tiempo.

Dr. CHIFFLET. Dr. Ríos Bruno, es una pregunta que hace la Dra. Elida Marguía de Rosso, que dice lo siguiente: Cuando un politraumatizado fallece, a menudo la observación queda trunca por la desconexión que existe entre organismos forenses y los centros asistenciales. Pregunto al Sr. Coordinador: ¿no podría la Mesa tomar como iniciativa crear y promover esa conexión que sería tan útil para el mejor conocimiento del tratamiento, en las causas de muerte? El Dr. Ríos Bruno, como forense, podría informar si sería posible reglamentar la obligatoriedad de la Morgue Judicial; primero, de avisar al centro asistencial el día y la hora en que se efectuó la necropsia; y segundo, enviar a nuestro centro asistencial una copia del protocolo de la autopsia.

Dr. RÍOS BRUNO. En realidad, para contestar esta pregunta hay que saber que cuando se produce un lesionado, se produce al lado de la lesión del organismo, de la lesión anatómica, en la esfera en que se mueve la medicina para tratar de solucionar el problema del enfermo, una lesión a un bien jurídico que es el derecho a la salud y a la vida en muchos casos, que entra en la esfera de otro organismo que es la justicia; estos dos organismos se mueven en terrenos aparte, con métodos y fines distintos, a veces tienen conexiones, pero cuando se produce el fallecimiento de la persona, entonces el cadáver en nuestro país pasa a la parte judicial para terminar la encuesta entre una etapa que se llama el presuntario, que es una etapa secreta en el cual está también la autopsia. Hay que saber que en nuestro país también la autopsia (aun con fines científicos) por el artículo 609 del Código Penal está prohibida; de ahí entonces que cuando un médico quiere presenciar una autopsia, que ésta es la parte práctica, en general con los forenses no hay ningún problema, pueden hacerlo siempre y cuando se comprometan a entrar en este organismo del secreto del presuntario, para los fines científicos puede perfectamente ir, verla y enterarse. Cuando el hecho pierda notoriedad, se puede después usar ese material tomando las precauciones que eso no se haga público. En realidad, esto me permite traer a cotación dos cosas, si el Sr. Presidente me permite: primero, que nuestra experiencia como forenses, es que son muy pocos los colegas que van a la morgue a ver de qué se mueren los enfermos, es un detalle que no sé que explicaciones tendrá, sabemos nosotros (así nos enseñó nuestro maestro el Prof. Larghero) que sin autopsias no hay verdad científica y, por otra parte, lo que quería decir para terminar este Congreso, en mi opinión personal, repitiendo algo que he leído y que me parece muy útil en este Congreso, que hemos oído mucho sobre iones, sobre trastornos metabólicos, sobre una serie de problemas que son tan importantes, modernos y de actualidad, que nosotros todavía vemos gente que se



muere de peritonitis, gente que muere porque el bazo roto no se sacó, gente que se muere porque el hematoma extradural no se trató.

Dr. CHIFFLET.— La pregunta dice: ¿qué se debe hacer al ingreso de un gran quemado, mientras pasa a servicios especializados? Me parece muy interesante esta pregunta porque hoy no entramos en detalles de algo que es justamente un gran traumatizado que ingresa al hospital.

Dr. FOSSATI.— En primer lugar, hay que confesar que la mayoría de los quemados que ingresan al hospital, cuando nosotros los vemos después de algunas horas, están muy mal tratados. Prácticamente es la regla de que estén mal tratados. No existen varios conceptos importantes que deberían estar escritos con letras grandes en las puertas de todos los hospitales. Es muy fácil tratar a un gran quemado, extremadamente sencillo, son normas claras y precisas y son las siguientes: primero, que la quemadura grave, la quemadura extensa, lleva al enfermo rápidamente a un estado de shock y que lo lleva desde el momento en que el enfermo se quemó y no desde el momento en que ingresa al hospital, es decir, que las horas anteriores son horas a tener en cuenta para calcular la enorme cantidad de plasma que el enfermo ya lleva perdida. Segundo, que el enfermo teme por la vida y sufre y, por lo tanto, hay que calmarlo y sedarlo, y que para sedarlo, las palabras son a veces mejores que los medicamentos, abandonarlo en un rincón con un largacil, es peor que dedicarse 5 minutos a reconfortar al enfermo; a partir de que haya que sedar el dolor, los quemados no sufren demasiado; además, tercero, que al gran quemado hay que controlar la entrada de plasma, por lo tanto, un catéter en una vena grande si es posible del sistema cava superior. Hay que controlar la oferta al riñón, por lo tanto, un catéter en la vejiga para medir la diuresis horaria. Por el catéter de arriba se coloca plasma y si no hay plasma, suero o algún sustituto, y el suero puede ser buco y en muchos medios se utiliza como único elemento de resucitación; así que cuando no hay plasma o sangre, suero, pero hay que darlo, y, ¿cómo se controla el efecto de ese plasma y de ese suero? Se controla dándole en cantidad suficiente, y para eso habíamos hablado de la regla de los nueve y un pequeño cálculo  $1 \text{ cm.} \times 1\%$  de área corporal y por un kilo de peso, eso hace para dar una cifra aproximada que un quemado de 70 kilos en un 30% del área corporal con flictemas o con escaras, debe recibir 2 litros y poco de plasma, más 2 a 4 litros de sueros diversos en las primeras 24 horas a partir de la quemadura y no del ingreso, bien distribuidos de acuerdo a la edad, sistema vascular, etc., y la diuresis es la que nos dice si estamos bien o estamos mal y el hematócrito es el que nos dice si estamos bien o estamos mal, hay que hacer hematócritos cada 2-4-5 horas, pero no hacerlos para que el resultado venga a las 24 horas, sino para que venga en seguida. Es decir, entonces tenemos al quemado, calmado, pasándole plasma y suero por una vena del sistema cava superior, midiendo la diuresis y el hematócrito. Curarlo, que en los hospitales suele ser la primera preocupación, no tiene absolutamente ninguna importancia; alcanza con sacarle las ropas, dejarlo desnudo sobre una cama, un arco, una

sábana estéril, eso es suficiente, es más que suficiente para iniciar el tratamiento, siempre que lo aislemos de los enfermos infectados. Es decir, resumiendo, tratar un gran quemado es extremadamente fácil y en esa etapa lo importante es que hay que hacerlo bien y es importante que existiera toda una cuadrícula que indique estas pequeñas e importantes medidas que son en el fondo las que evitan el shock y las que salvan el primer gran escollo del gran quemado.

Dr. CHIFFLET.— La Dra. Murguía de Rosso envía a la Mesa una sugerión en el sentido de gestionar para que los pequeños del Hospital de Niños puedan ser mejor atendidos en su condición de traumatizados graves. Que no exista sólo cirujano de retén • de guardia en su casa, sino cirujano en carácter de permanencia, atendiendo al enfermo desde el momento en que llega. Como este asunto corresponde a conceptos de orden general que han sido expuestos anteriormente, creemos que debe ser aceptada esta sugerión y hacerla saber a quien corresponda.

Dr. HUGHES.— Bueno, hay dos preguntas que se pueden contestar más o menos conjuntamente, una del Dr. Perdomo y otra del Dr. Hendlin, de la Argentina.

La pregunta del Dr. Perdomo dice así: frente al hematoma retroperitoneal de origen renal que se explora, ¿qué conducta conservadora aconseja de momento? a) Si la hemorragia es difícil luego de cohibir. Si la hemorragia es difícil de cohibir, lo fundamental es tener conocimiento del riñón opuesto, como ya dijimos. En esas condiciones nos parece que, y sobre todo porque el abordaje generalmente no es el adecuado para realizar conductas conservadoras, en la inmensa mayoría de los casos desde el punto de vista práctico, la intervención termina con una nefrectomía. b) Si existe simplemente una fragmentación lineal del parénquima. Este es un problema interesante a plantearse; el riñón tiene una irrigación arterial terminal y es muy frecuente ver en los cirujanos la necesidad de hacer la hemostasis conservando la forma del riñón, no tienen ningún interés. Lo que hay que hacer es ligadura con puntos en cruz en las áreas prenales sangrantes, no tiene ningún objeto aproximar parénquima renal separado, salvo que con la aproximación del parénquima renal se consigan hemostasis indirectas, porque el territorio venoso cualquiera es suficiente para el drenaje, pero la irrigación arterial es terminal y entonces no existe ninguna ventaja en aproximar los bordes, salvo que se haga con criterio de hemostasis por comprensión. c) Si hay un desprendimiento polar con superficie cruenta sangrante. Lo mejor es la nefrectomía parcial, es la intervención que hemos efectuado en algunas ocasiones y que permite una hemostasis más correcta y más completa. d) Si hay una lesión pedicular venosa o arterial. Nos parece que en estas condiciones la única intervención que puede ofrecer seguridad, siempre hablando con criterio práctico y no desde el punto de vista teórico, es la nefrectomía. La reparación del pedículo vascular en una intervención de la gravedad que tiene una ruptura del pedículo renal, para repararlo es sumamente difícil y si hay una lesión

piélica asociada, lo fundamental no es la lesión piélica, sino establecer un drenaje adecuado y entonces debe colocarse un drenaje donde el flujo renal pueda ser mantenido en forma correcta. La abertura de la vía canalicular no exige su sutura. La abertura de la vía canalicular lo que exige es un drenaje correcto y suficiente...

[Se han perdido, por problemas en el grabador, las respuestas de las siguientes preguntas formuladas al Prof. Hughes: c) Si hay una lesión piélica pura o asociada: ésta corresponde a las anteriores formuladas por el Dr. Perdomo. Del Dr. Alberto Hendlin, de Argentina: si en un traumatismo lumbar se certifica a través de urografía y arteriografía sección transversal de riñón y en el acto operatorio se comprueba sección transversal parcial de parénquima renal con rotura de cavidades piélicas, pregunto: ¿qué actitud quirúrgica se debe tomar: 1) amputación parcial renal; 2) sutura parenquimatosa?]

Dr. CHIFFLET. Las reuniones sobre el traumatizado grave han mostrado, por una parte, la frecuencia y gravedad de estos enfermos y, por otra parte, la complejidad de conocimientos y de organización requeridos para hacer su asistencia.

Surge la necesidad de intensificar conocimientos y organización. Lo primero, por todos los centros de enseñanza y por la actividad dirigida de las sociedades científicas. La organización corresponde a los centros asistenciales públicos y privados.

Las ponencias se mantuvieron en el terreno estrictamente médico del enfermo en ambiente hospitalario, pero en todas surgió claramente la importancia de las medidas para disminuir los accidentes así como de la acción médica en el lugar del accidente y en el traslado.

Las autoridades del Congreso, al elegir como tema único para este año al traumatizado grave, consideraron el interés de los graves problemas que plantean estos enfermos. El desarrollo de ponencias enjundiosas y el número importante de cirujanos asistentes, dieron razón a las autoridades.

Consideramos que al terminar las reuniones está en el espíritu de todos el deseo de seguir el camino iniciado. En ese sentido propondremos a la Sociedad de Cirugía, Institución directora de estos Congresos, la designación de una Comisión que con el nombre de Comité de Trauma cumpla las siguientes funciones: 1º) Pugnar por la intensificación de los conocimientos del traumatizado grave en todos los medios de posible acción docente. 2º) Gestionar la mejor organización, especialmente orientada, en todos los centros asistenciales públicos y privados. 3º) Impulsar en los medios que corresponda la creación de una Comisión Nacional con representación de los diversos sectores relacionados con los problemas de prevención, asistencia en el lugar, traslado, asistencia inmediata y ulterior del traumatizado grave. 4º) Presentar anualmente, en una reunión científica del Congreso Uruguayo de Cirugía, un informe sobre estadística del año, casuística de interés y resultados de sus gestiones.

El Comité de Trauma, dependiente de la Sociedad de Cirugía, tiene amplia libertad para hacer sus planes de trabajo, su reglamento y tomar los contactos que sean necesarios para el logro de la misión que le corresponde.